

Las edades de la medicina. La medicina burocrática

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

Palabras clave: LAS EDADES DE LA MEDICINA
PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Key words: THE AGES OF MEDICINE
PRINCIPLES OF BIOETHICS

Introducción

La bioeticista Azucena Couceiro sostiene que los tres elementos constitutivos del acto médico son la libertad, la intimidad y la confianza. Esto quiere decir que la relación médico-paciente (RMP), eje central de la medicina de todos los tiempos, es un acto libre, que se apoya en la confianza técnica y humana del médico, y transcurre en la intimidad de la consulta⁽¹⁾.

Sin embargo, como hemos escrito en un artículo anterior, este vínculo entre el profesional y el paciente tiene múltiples dimensiones y ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas⁽²⁾.

El analista más importante de la RMP en la medicina occidental fue Pedro Laín Entralgo^(3,4). Este médico español explica el vínculo como sustentado en la amistad o *philia*: el médico como amigo del paciente y el paciente como amigo del médico. También lo concibe como el encuentro de dos necesitados (o menesterosos para usar el lenguaje del autor): uno, el enfermo, que necesita del médico porque siente amenazada su vida, y el otro, el médico, que juzga necesario ayudar a su paciente porque tiene la experiencia y los conocimientos para ello.

El objetivo de este artículo no es incursionar en detalle ni en la historia de la RMP, ni en los cuatro principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), asuntos sobre los que se ha escrito en abundancia. El objetivo es analizar críticamente y en forma breve cómo estos principios de la bioética se han sucedido y combinado a lo largo de la historia hasta desembocar en la época actual, por lejos la más compleja de la medicina.

En esa línea creo necesario manifestar desde ya que los tiempos que corren parecen contradecir tan-

to la caracterización de Laín Entralgo como la de Couceiro. Es más, particularmente la de Laín Entralgo (amigos necesitados de ayuda y de ayudar) desgraciadamente luce desajustada con la práctica actual de la medicina. La RMP ya no es en muchos casos una relación de amistad o *philia*: se ha despersonalizado, se ha “enfriado”, se ha saturado de intermediaciones y regulaciones de todo tipo, ha sido invadida por categorías y exigencias economicistas, ha sido obligada a privilegiar los registros sobre el contacto humano, se ha transformado en escenario de demandas y observancia de demasadas normas jurídicas. Muchas veces el médico y el paciente no solo no se reconocen como amigos, sino que, por el contrario, defienden intereses contrapuestos y muestran desconfianzas mutuas más o menos explícitas, temores y hasta rivalidades soterradas. Creo necesario, entonces, sin caer en posturas iconoclastas, advertir que hay un desajuste entre la producción teórica de la academia en torno a la bioética, que a menudo parece edénica, y la medicina concreta de todos los días, que si bien se practica sin mayores faltas a la ética médica, se ejerce en condiciones adversas desconocidas para los “teóricos” de la bioética.

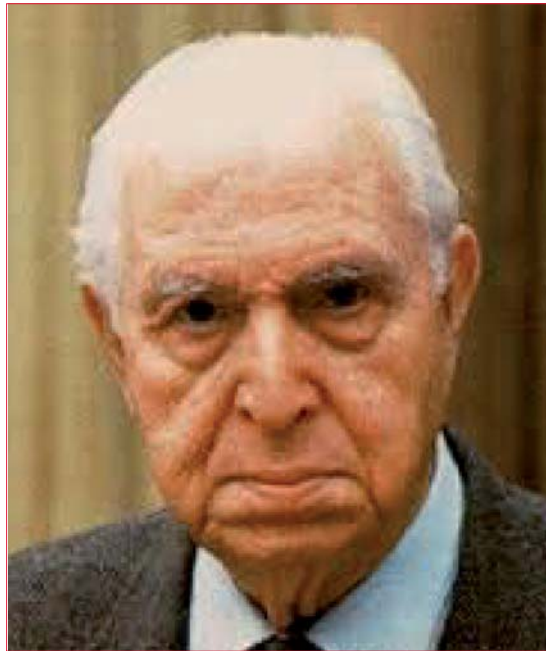
Es patente la necesidad de reconfigurar el vínculo entre la bioética, la ética médica y la clínica. La enseñanza de la bioética no debe hacerse desde cenáculos ilustrados. Los consejos bioéticos sobre casos particulares donde se plantean dilemas éticos no deben elaborarse desde reuniones de comités teóricos e incontaminados; por el contrario, los análisis desde la perspectiva bioética deben nacer en la cabecera del enfermo y derramarse sobre las tertulias o ateneos. En la discusión de casos clínicos es necesario reservar un espacio para los enfoques bioéticos porque es seguro que

Médico Cardiólogo. Co-coordinador y docente del curso de Humanidades Médicas “Pensando en lo que hacemos” para estudiantes de medicina. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com



Marck Siegler (1941). Internista y bioeticista estadounidense.



Pedro Laín Entralgo (1908-2001).

en todas las situaciones habrá necesidad de enfocar y resolver algún dilema. Los informes deben partir siempre de los datos clínicos y requieren conocimientos precisos de patología, clínica, y principios fundamentales de moral y ética. Una de las tareas esenciales de la medicina contemporánea es avanzar en la autorreflexión, problematizar su práctica y sus fundamentos, examinarlos con ojo crítico. Pero realizar esa tarea exclusivamente desde lo teórico es infructuoso, desgastante y frecuentemente inconducente. La bioética requiere de filósofos, antropólogos, y otros profesionales y enfoques porque es un área de conocimiento multidisciplinario, pero la bioética clínica la deben practicar fundamentalmente los médicos y para ello deben incorporar conocimientos y estrategias que enriquezcan la deliberación sobre casos particulares.

No obstante lo anterior, los conceptos medulares de estos tres autores hasta aquí mencionados (Couceiro, Laín Entralgo y Siegler), entre otros, dibujan un horizonte hacia el cual debe caminar la medicina moderna si pretende recuperar la confianza mutua y el encuentro fértil de estos dos protagonistas centrales de la clínica: médico y paciente.

Las cuatro eras o edades de la medicina

Mark Siegler establece cuatro períodos o eras en la historia de la relación clínica:

- El primero fue la era paternalista o “edad del médico”.

- El segundo fue la era de la autonomía o “edad del paciente”.
- La tercera fue la era de la burocracia o “edad del financiador”.
- La cuarta es la era de la toma compartida de decisiones entre el médico y el paciente⁽⁵⁾.

El paternalismo en medicina

La era del paternalismo abarca un amplio período que va desde el siglo IV aC hasta mediados del siglo XX. Se caracterizó porque el peso de las decisiones recayó siempre sobre el médico. Existía una incuestionable confianza en la capacidad técnica y en la integridad moral del médico. Este era el único responsable del destino de los enfermos. Sus diagnósticos y tratamientos no se ponían en discusión porque eran emitidos por un profesional con independencia, autoridad y sabiduría.

Sin embargo, es sorprendente comprobar que durante la mayor parte de ese largo período los médicos contaron con herramientas muy rudimentarias para el diagnóstico y el tratamiento. Entonces, ¿cuál era el fundamento real de tal autoridad? ¿Dónde residía el poder del médico? ¿A qué se debía tanta confianza en sus decisiones si en los hechos era muy poco lo que podía hacer por los enfermos? ¿En qué se basaba la asimetría y el paternalismo?

La contestación a estas preguntas es tarea compleja, pero a mi criterio remite a las explicaciones que se dieron a las enfermedades en cada período histórico.



La concepción religiosa de la enfermedad. La virgen María con una mano coloca la corona a un caballero y con la otra sostiene al niño Jesús que reparte la sífilis como castigo. El cadáver que está en la parte inferior de la figura muestra los signos cutáneos de la enfermedad.

Tractatus de pestilentiali scorra siue mala de Franzos, 1496, de Joseph Grünpeck.

En la etapa mágica y religiosa de la medicina todos los males se atribuían al castigo de los dioses y a la hechicería. A partir de Hipócrates se desarrolló la concepción natural acerca del origen de las enfermedades. Las enfermedades pasaron a ser consideradas procesos debidos a causas naturales, que se localizaban en la materia biológica. La ira o la benevolencia de los dioses pasó a un segundo plano en la interpretación de los fenómenos mórbidos o la salud de las personas aunque nunca desapareció por completo. La concepción hipocrática no es menos mágica que la anterior, pues sostenía que la causa de las enfermedades residía en el desequilibrio de los humores, hipótesis sin evidencia empírica. Sin embargo, tuvo la virtud de anclar la patología en el cuerpo, la bajó del cielo. Esta concepción significó, en la escala histórica, un hito fundamental para la medicina. Este paradigma de los humores prevaleció, con variantes, hasta el siglo XVII.

Con la aparición del método científico se originaron otros paradigmas etiológicos, todos reduccionistas como suele ocurrir en los más diversos campos del quehacer humano: así apareció el modelo que redujo las enfermedades a alteraciones anatómicas (concepción anátomo-clínica); el que atribuyó las afecciones exclusivamente a alteraciones de la

función, y el paradigma infeccioso o microbiano que sostuvo que la patología se debía a agentes externos o infecciosos.

Cualesquiera fueran las causas o los mecanismos de las enfermedades solo el médico estaba en condiciones de realizar el diagnóstico de los males. Como chamán, brujo, sacerdote, médico o “padre sacerdotal”, la sociedad de todas las épocas le concedió esa facultad. Casi siempre ese saber fue ejercido en forma monopólica por el médico. El único que estaba facultado para diagnosticar enfermedades observando las estrellas, el hígado de las aves o la orina del enfermo, el único que calmaba la ira de los dioses, extraía del cuerpo el objeto causante de la maldad o restituía al cuerpo la parte que le había sido extirpada por un hechizo, era el médico.

Ya en épocas mucho más recientes el paternalismo médico se basó en el saber semiológico. Como decía el Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón en sus clases de Historia de la Medicina, hasta bien entrado el siglo XX los médicos basaron su autoridad en el manejo de la clínica. Eran, sobre todo, hábiles semiólogos, capaces de diagnosticar enfermedades en base a sutiles síntomas y signos, pero concluida esa etapa era poco lo que podían hacer por los enfermos.

También en esta etapa científica de la medicina los únicos que podían exhibir ese conocimiento y esas habilidades clínicas eran los médicos. Aquí cabe mencionar que esa tarea, denominar una enfermedad, va más allá del interés científico. Decirle al enfermo cómo se llama el padecimiento que tiene, qué es lo que en determinado momento de la vida interrumpe su equilibrio biológico y rompe el silencio de los órganos, le permite a la persona conjurar, exorcizar, dominar de alguna forma la nocividad y el daño que pone en riesgo sus proyectos y hasta su subsistencia. A su vez, y aún hoy, ponerle nombre a la enfermedad integra la “magia” de la medicina.

La era del paciente y los límites de la autonomía

Según Siegler, a mediados del siglo pasado el fiel de la balanza se inclinó hacia el paciente. Siguiendo la tendencia histórica de los movimientos pendulares, el médico, antes todopoderoso, vio reducido su rol a un simple asesor o servidor. Esta corriente, que debilita el paternalismo clásico del médico, llegó muy tardíamente a nuestro país y solo se registró inicialmente en ámbitos académicos. La asistencia médica corriente no dio cuenta de esta forma de proceder en relación con el enfermo, y el enfoque paternalista de beneficencia gozó de buena salud en todas las áreas de la práctica clínica hasta muy avanzado el siglo. José Pedro Barrán⁽⁶⁾ estudió el poder médico en el



El doctor. Sir Samuel Luke Fildes. Óleo sobre lienzo, 166 por 242 cm, Tate Gallery, Londres.

Probablemente sea un buen ejemplo de medicina paternalista. El médico demuestra preocupación por el estado del niño que luce muy enfermo, mientras reposa sobre un lecho formado por dos sillas. La madre llora sin consuelo y el padre observa la práctica del médico. De este contexto es casi seguro que la familia hará con el hijo lo que indique el profesional, sin interponer objeciones.

Uruguay del novecientos, y allí no es posible advertir la vigencia de ningún enfoque diferente al paternalismo. El médico era el que determinaba la suerte de los enfermos e incluso lo bueno y lo malo para la sociedad. Se puede afirmar que esta perspectiva, en la segunda década del siglo XXI, aún posee sus fortalezas.

El principio de autonomía sostiene que el paciente es el dueño de su cuerpo y de las decisiones sobre su salud o enfermedad. El primer efecto de esta manera de encarar la relación clínica fue contradecir la hegemonía del principio de beneficencia, principio típicamente paternalista y médico-céntrico (porque supone que la beneficencia, hacer el bien en circunstancias de vulnerabilidad corporal o psíquica, no está en otras manos que no sean las del médico).

El paradigma de autonomía establece que el paciente ya no es receptor pasivo de las decisiones del médico, sino que en base a una información completa y clara, libre de presiones y en uso y goce de sus derechos, es capaz de decidir el mejor curso de acción posible para su vida en función de sus principios, valores y preferencias. Implica el autogobierno del sujeto.

Nadie duda de la importancia y vigencia de este principio, que reconoce y consolida la dignidad de las personas y tiene que ver esencialmente con la defensa de los derechos humanos. Sin embargo,

creer que en la práctica se dan todas las condiciones para que el paciente por sí solo o con el asesoramiento del médico pueda, con el mínimo de incertidumbre, decidir qué hacer con su enfermedad, luce a fantasía. Esta afirmación, seguramente polémica, se basa en que en el momento histórico que nos toca vivir la información acumulada en torno a prácticamente todas las áreas de la medicina es inmensa y extremadamente compleja; es difícil de interpretar incluso para los especialistas (han surgido médicos que se especializan en realizar análisis y revisiones críticas de la torrentosa información científica que surge bajo el rótulo de medicina basada en la evidencia); estas nuevas aportaciones son frecuentemente contradictorias y rápidamente cambiantes. Por si esto fuera poco la medicina se ejerce hoy día en instituciones que tienen sus propios intereses y sus propias exigencias éticas (el principio de justicia que establece el uso equitativo de los recursos como principio bioético fundamental es uno de ellos). Además, la información acerca de la calidad y los resultados de procedimientos y técnicas se difunde casi exclusivamente en congresos y otros eventos especializados, pero está escasamente disponible y es opaca para el público en general. Las redes sociales y los medios de comunicación frecuentemente confunden aún más a pacientes y médicos con la propagación de información interesada y poco rigurosa. En ese contexto real, en ese ámbito concreto alejado

de los cenáculos de expertos, la defensa radical del autonomismo tropieza con varias dificultades. La RMP que se proclamó definitivamente horizontal a partir de determinado momento histórico (mediados del siglo XX), fue, es y seguramente será asimétrica.

El grado en que se practican el paternalismo o el autonomismo en la medicina no solo depende de los principios de la bioética o de la mayor o menor voluntad de las partes, sino que tiene que ver con un fenómeno mucho más amplio que es la distribución del poder en la sociedad. Michel Foucault, el gran filósofo francés estudioso del fenómeno del poder, controvierte y rebate con extraordinaria solidez e inteligencia la creencia de que este se encuentra concentrado en los órganos de gobierno. El poder, dice Foucault, está distribuido como una red en toda la sociedad, y la relación clínica es un ejemplo contundente de ese fenómeno.

En el artículo anterior de esta serie⁽⁷⁾ nos referimos a las formas en que la sociedad (y la medicina en particular) se dieron para resolver los dilemas éticos y controlar el poder médico. Desde el código de Hammurabi hasta los acuerdos internacionales –muchas veces violados por los mismos gobiernos– se extiende un largo período durante el cual se ensayaron distintas maneras de resolver dichos conflictos. Esa historia pone de manifiesto la preocupación de los médicos y de la sociedad por regular la aplicación del “saber hacer” monopólico que tienen los médicos en relación con la vida humana. Entre los factores que incidieron de manera determinante en ese avance no técnico sino ético de la medicina figuran las enseñanzas del propio ejercicio médico junto a la cama del enfermo; el avance científico que irrumpió en el escenario clínico y que ubicó en el orden del día la discusión acerca de que no todo lo que técnicamente se puede hacer, se debe hacer ética y socialmente; los análisis y las consideraciones filosóficas que tienen que ver con la medicina y los desvíos a elementales reglas de ética médica que se produjeron con motivo de la Segunda Guerra Mundial y las experiencias aberrantes llevadas a cabo en seres humanos sin su consentimiento.

Pese a este significativo avance la autonomía del paciente no puede ser absoluta. No solo porque no siempre se dan en la práctica las condiciones para su pleno ejercicio (es muy frecuente que el paciente descargue en el médico la responsabilidad de elegir una ruta diagnóstica o terapéutica, o elegir una institución en la que hacerse un estudio o tratamiento, por ejemplo), sino porque “...también el médico goza de autonomía y, procurando cumplir con los deberes que la profesión le impone, debe hallar el equilibrio justo entre la autonomía que ejerce el paciente

y los demás principios de la bioética⁽⁵⁾”. La autonomía del paciente tiene su expresión y garantía documental en el consentimiento informado. A su vez, una de las expresiones de la autonomía del médico es la objeción de conciencia.

Siegler dice con respecto a esta segunda etapa en Estados Unidos: “...La segunda época, también conocida como la edad del paciente, apenas ha durado cincuenta años (de 1945 al presente). En realidad, si no fuera por Estados Unidos, Canadá y algunos países de Europa occidental, puede que nunca hubiera existido. Aquí me referiré principalmente a mi experiencia en Estados Unidos. Técnicamente, la edad de la autonomía fue una época de grandes avances en la comprensión de la enfermedad y en el desarrollo de terapias médicas y quirúrgicas extraordinarias. Fue una etapa que favoreció el tratamiento por encima de la prevención, la sanación por encima del cuidado y, en comparación con la época anterior, resultó ser muy cara. En Estados Unidos, el coste de la atención sanitaria, a menudo sufragado por diversas organizaciones distintas del paciente, no se consideró un motivo importante de preocupación, especialmente cuando se contraponía a la autonomía del paciente, su necesidad o incluso su deseo. En la segunda época, la edad de la autonomía, especialmente en Estados Unidos, la balanza que teóricamente equilibraba las fuerzas médico-paciente se inclinó a favor del paciente. Muchos expertos en ética, juristas y pacientes comenzaron a afirmar que esta relación debía fundamentarse en los derechos y la libertad del paciente, por encima de los profesionales médicos que controlaban la primera edad de la medicina. En esta época, un concepto médico y jurídico primordial fue el del consentimiento informado. La retórica de esta segunda época era libertaria y consumista. En una versión extrema del modelo de autonomía, se proponía que los médicos actuaran como sirvientes, proveedores o vendedores respecto a sus pacientes, para transmitir la información médica y usar sus conocimientos clínicos según las directrices del paciente, sin intentar influir en las decisiones (de este)...⁽⁵⁾”.

La era de la burocracia

La era de la burocracia (o del financiador) irrumpe en la historia de la medicina como consecuencia de varios factores fundamentales: sin dudas, el mayor responsable es el avance científico y tecnológico, que pone a disposición de médicos y pacientes un arsenal de técnicas nunca visto.

Este avance se produce como consecuencia de un cambio de paradigma en la ciencia. Este cambio de paradigma, como lo sostiene Mario Bunge, no es

tan abrupto y radical en la medicina como en otras disciplinas del saber porque es el resultado acumulativo de un proceso de avances y retrocesos que se aprovecha de conocimientos no solo biológicos sino también físicos y químicos. El cambio en medicina no fue una muralla que se derribó para avanzar en tropel, como lo proclamaba Thomas Kuhn. Fue un boquete en la antigua muralla paradigmática que permitió identificar y señalar nuevos caminos. Pero fue y es de tal magnitud que todavía sigue produciendo una catarata de aparatos, fármacos y nuevos enfoques cuyo límite (que seguramente lo habrá pues el progreso indefinido es solo una aspiración presuntuosa de la condición humana) no es posible advertir por el momento.

Este arsenal es de alto precio (no siempre de alto costo). Debido a este fenómeno el diagnóstico y el tratamiento han quedado fuera del alcance de los gastos de bolsillo de la mayoría de la población. Completar el acto médico por un único profesional y a costo del paciente es imposible. Es así que aparecieron los seguros y financiadores, y también la diferenciación entre financiador y prestador.

Este cambio generó varias consecuencias y merece otro artículo. Pero lo más importante en relación con el tránsito de la bioética a través del tiempo, es que: a) ha desencadenado una disputa de los prestadores por la captación de usuarios, y con ello, por los recursos del seguro. Allí hay una ética implícita y es cómo se presentan los indicadores de calidad y la información sustantiva para una elección libre y racional del prestador por parte del ahora llamado “usuario” del servicio de salud; b) se han introducido los conceptos de eficiencia y control del gasto dada la finitud de los recursos; c) se ha puesto un énfasis muy importante en el registro de todos los aspectos del acto médico como forma de controlar la gestión de las instituciones prestadoras y en último término, del uso de los recursos económicos que la sociedad destina para la atención de la salud y la enfermedad. Poco se ha reparado en las interferencias que la abultada cantidad de registros produce en la comunicación entre médico y paciente y de qué forma compite el registro con la empatía; d) la RMP se ha mediatizado. En el contacto o vínculo entre ambos se interpone ahora la burocracia institucional o del sistema, y también la tecnología frecuentemente despersonalizadora. La medicina de masas pone en riesgo, por sus trámites públicos necesarios para acceder a un profesional, la reserva y confidencialidad, sustantivas en el acto médico; e) se ha producido un fenómeno distorsivo de la práctica médica tradicional: es muy fuerte la exigencia al propio médico de defender el principio de justicia en la microgestión, allí mismo frente al paciente. La vi-

gencia de este principio, en definitiva la distribución equitativa del gasto, se ha transferido a la responsabilidad del médico, y, en gran medida, es una carga adicional para el profesional. Al respecto, Siegler sostiene: *“Los médicos se encuentran divididos entre sus lealtades, ya que deben atender a las exigencias de eficiencia y justicia social por parte de la sociedad, y de atención personal por parte de sus pacientes, exigencias a menudo antagónicas⁽⁵⁾”*.

Y agrega: *“Hace unos años, Alasdair MacIntyre sugirió que, históricamente, el médico había desempeñado tres papeles simultáneos e interrelacionados en la relación médico-paciente: a) el médico era un curandero con poderes mágicos; b) el médico era un profesional de una ciencia aplicada, y c) el médico era un administrador burocrático. La teoría de MacIntyre refleja fielmente la evolución de la relación médico-paciente en las tres edades de la medicina... Antes de la revolución científica, el papel fundamental del médico era el de curandero con poderes mágicos; en la época científica, su papel fue... el de un profesional de una ciencia aplicada, y actualmente, el médico desempeña cada vez más un papel en el que se mezclan las funciones de un profesional de una ciencia aplicada y las de un administrador burocrático. Al describir al médico como administrador burocrático, MacIntyre anticipó uno de los mayores problemas de la tercera edad de la medicina (la del «financiador»), que se refiere a quién tiene derecho a determinar las metas y las preferencias del paciente: ¿el paciente, el médico o el burócrata?”*.

Modelo de decisiones compartidas

En todo antagonismo es posible encontrar o al menos puede resultar fecundo intentar la búsqueda de una síntesis superadora.

La contradicción entre paternalismo y autonomía encuentra su síntesis dialéctica en un modelo diferente, que recibe distintas denominaciones (atención participativa, medicina centrada en el paciente, medicina colaborativa, autonomía avanzada...), que aquí llamaremos modelo de toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente.

Básicamente se trata de una distribución de responsabilidades entre ambos protagonistas de la relación.

Esta forma de atención proporciona a la RMP diversas ventajas, entre ellas: mayor confianza y satisfacción de los pacientes en los médicos, mejora en la adherencia a los tratamientos, y una mayor comprensión sobre las innumerables variables que entran en juego en cada decisión que es necesario tomar en la medicina de hoy. Este modelo es particu-

larmente válido para el enfoque de enfermedades crónicas.

Las afirmaciones precedentes tienen un muy fuerte componente hipotético. Son escasos los estudios confiables que miden indicadores pertinentes que permitan afirmar la certeza de esas proposiciones.

Para la plena aplicación de este modelo es imprescindible una adecuada actitud por parte de ambos protagonistas del vínculo. Debe haber disposición a dialogar y a negociar. Los médicos deben ser capaces de manejar adecuadamente la comunicación con el paciente, en particular en asuntos claves como transmitir diagnósticos, pronósticos y malas noticias.

Este modelo no supera los problemas descritos como propios de la “era burocrática” ni elimina las asimetrías en la RMP y menos aun horizontaliza o iguala el vínculo.

La RMP óptima probablemente sea una esperanza.

Bibliografía

1. **Couceiro A.** La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. En: Beca JP, Astete C. Bioética Clínica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 145.
2. **Aguilar B.** La relación médico paciente. Dimensiones. Rev Urug Cardiol. 2014; 29(3): 290-4.
3. **Laín Entralgo P.** Historia Universal de la medicina. Barcelona: Salvat; 1972.
4. **Laín Entralgo P.** La relación médico paciente. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
5. **Siegler M.** Las tres edades de la medicina y la relación médico paciente. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, 26; 2011.
6. **Barrán JP.** Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1994.
7. **Aguilar B.** Ser y deber ser en medicina. Rev Urug Cardiol 2017; 32(1):7-12.